

請 求 書

(福祉用具購入費用)

年 月 日

羽 曳 野 市 長 様

住所

氏名

印

- ※(1)金額はアラビア数字で記入の上額に¥をつけて下さい。
- (2)金額欄の誤りや訂正印による訂正は一切認められません。
- (3)法人、株式会社の請求は社印及び代表者印が必要です。

下 記 の と お り 請 求 い た し ま す。

請求金額	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費

_____年 月 日支給申請

_____様に係る福祉用具購入費

備考_____

整理番号	検収者印